

DE L'INFLUENCE
DE
L'HYPERTROPHIE PROSTATIQUE
SUR LES
RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 29 juillet 1884

POUR OBTENIR LE TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PAUL LIÉNARD

Né à Dieulefit (Drôme).



LYON
IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE A. PASTEL
10, PETITE RUE DE CUIRE, 10

Juillet 1884

DE L'INFLUENCE
DE
L'HYPERTROPHIE PROSTATIQUE
SUR LES
RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 29 juillet 1884

POUR OBTENIR LE TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PAUL LIÉNARD

Né à Dieulefit (Drôme).



LYON
IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE A. PASTEL

10, PETITE RUE DE CUIRE, 10

—
Juillet 1884

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET.	DOYEN
BONDET	} ASSESSEURS
CROLAS	
MONOYER	

PROFESSEURS, PROFESSEURS ADJOINTS

Anatomie	MM. PAULET.
Physiologie.	MORAT
Anatomie générale et histologie.	RENAUT.
Anatomie pathologique	TRIPPIER (Raymond).
Médecine expérimentale et comparée	CHAUVEAU.
Chimie minérale	GLÉNARD.
Chimie organique et toxicologie	CAZENEUVE
Physique médicale.	MONOYER.
Zoologie et anatomie comparée	LORTET.
Pharmacie	CROLAS.
Pathologie interne.	J. TEISSIER.
Pathologie externe.	BERNE.
Pathologie et Thérapeutique générales	MAYET.
Hygiène.	ROLLET.
Thérapeutique	SOULIER.
Matière médicale et Botanique	CAUVET.
Médecine légale.	LACASSAGNE.
Médecine opératoire	PONCET.
Cliniques médicales	LÉPINE.
	BONDET.
Cliniques chirurgicales	RAMBAUD, Professeur adjoint.
	OLLIER.
Clinique obstétricale et Accouchements	TRIPPIER (Léon)
	BOUCHACOURT.
Clinique ophtalmologique	DELORE, Professeur adjoint.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAYET.
Clinique des maladies mentales.	GAILLETON.
	PIERRET.

Professeurs honoraires

MM. DESGRANGES, B. TEISSIER

COURS CLINIQUES COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des Femmes.	MM. LAROYENNE.	Chargé du cours.
Clinique des maladies des Enfants	PERROUD.	Chargé du cours.

AGRÉGÉS

MM. BARD.	MM. DEBIERRE.	MM. PERRET.	MM. VINAY.	Chargé des fonctions d'agrégé
BEAUVISAGE	LAURE.	POLLOSSON	VINCENT.	M. CHARPY.
BOUVERET.	LEVRAT.	POULET.		
CHANDELUX	LINOSSIER.	SABATIER.		

M. ETIÉVANT, Secrétaire,

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. ROLLET, Président; M. BERNE, Assesseur; MM. LAROYENNE, POLLOSSON, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A M. LE DOCTEUR LORTET

Doyen de la Faculté de Médecine et de pharmacie de Lyon
témoignage de respectueuse gratitude.

A M. LE DOCTEUR VICTOR AUGAGNEUR

Chirurgien en chef désigné de l'Antiquaille

A MON PRESIDENT DE THESE

M. le professeur ROLLET

Ex-chirurgien en chef de l'Antiquaille



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554216_0005

INTRODUCTION

Un nombre assez grand d'auteurs qui se sont occupés des lésions de l'appareil génito urinaire, ont considéré la présence du rétrécissement du canal de l'urètre, et j'entends par là les rétrécissements essentiellement organiques, comme peu compatibles avec une durée prolongée de l'existence. On conçoit, en effet, que l'obstacle presque permanent apporté au libre cours de l'urine, les manœuvres de cathétérisme souvent difficiles presque toujours douloureuses, qui sont la conséquence thérapeutique de la dysurie, le retentissement fâcheux que l'état général ressent toujours de la suppression ou tout au moins du ralentissement d'une fonction aussi importante que celle de la miction, les opérations diverses que nécessitent souvent les complications dont sont menacés les sujets rétrécis, on conçoit, dis-je, que toutes ces conditions fâcheuses aient conduit quelques auteurs à porter sur les rétrécissements un pronostic des plus sombres.

Je me souviens même que M. le professeur Desgranges, dans une de ses leçons cliniques, nous disait que *les porteurs de rétrécissement de l'urètre ne devenaient jamais vieux*.

Cette proposition est trop absolue, car il y a des cas, rares il est vrai, ou tout au moins peu souvent observés, de coexistence de rétrécissements organiques de l'urètre et d'hypertrophie prostatique. Or cette dernière affection est une de celles qui prélèvent sur la vieillesse un large tribut de souffrances; et si nous n'admettons pas comme entièrement vraie l'opinion de Brodie, qui disait que lorsque les cheveux blanchissent et diminuent, généralement, pour ne pas dire toujours, la prostate augmente, on peut cependant considérer cette affection comme survenant le plus souvent sur des sujets ayant dépassé la cinquantaine.

Cette présence simultanée de deux affections semblant s'exclure l'une l'autre avait attiré depuis assez longtemps déjà mon attention et j'avais pensé faire de leur étude l'objet de ma thèse inaugurale, quand mon ancien condisciple, M. le docteur V. Augagneur, chirurgien en chef désigné de l'Antiquaille, fit à la Société des Sciences médicales de Lyon, une communication appuyée d'observations assez nombreuses et détaillées d'hypertrophie de la prostate coexistant avec des rétrécissements urétraux et venant aggraver le pronostic de ces rétrécissements. Cette communication de M. Augagneur était une réponse à un mémoire lu à la Société de médecine, dans sa séance du 13 avril 1883, par M. le docteur Félix Bron, mémoire intitulé : *Observations de guérison spontanée de rétrécissements de l'urètre*. Ce mé-

moire contenait, lui aussi, quelques observations de cas simultanés de rétrécissements urétraux et d'hypertrophie. J'ajouterai que les conclusions de M. le docteur Bron étaient contraires à celles de tous les auteurs qui se sont occupés de la question et qu'elles étaient erronées, ainsi que je m'efforcerai de le prouver plus loin. La question n'en était pas moins posée, et il me parut qu'elle était de nature à faire l'objet d'une thèse pouvant présenter quelque intérêt. Je priai donc M. le docteur Augagneur de vouloir bien me communiquer les observations qu'il possédait, ce qu'il fit avec empressement ; M. Augagneur me remit également deux intéressantes observations qu'il lui avaient été fournies par M. le docteur Gangolphe, chef de clinique chirurgicale à la Faculté, et il me donna toutes les indications qui pouvaient m'aider dans ce travail.

J'avais, d'autre part, trouvé dans le *Bulletin de la Société anatomique*, quelques observations que je cite plus loin et que je joins à celles qui m'ont été si obligeamment communiquées.

C'est grâce à ces documents divers que j'ai pu mener à bien un travail dont je ne me dissimule pas les lacunes, mais qui pourra peut-être ouvrir la voie à des recherches ultérieures et jeter quelque jour sur une question encore peu étudiée.

Je prie M. le docteur Victor Augagneur de vouloir bien accepter ici mes remerciements les plus sincères pour l'empressement qu'il a mis à me communiquer toutes les observations qu'il possédait, ainsi que les divers documents qui pouvaient m'être utiles et pour l'aide constante qu'il m'a prêtée en cette occasion.

Je remercie également M. le professeur Rollet de l'honneur qu'il m'a fait en voulant bien accepter la présidence de ma thèse.

Avant de passer à l'étude de notre sujet, j'indiquerai, en quelques mots, quel est le plan que j'ai cru devoir adopter.

Dans un premier chapitre, je passerai rapidement en revue les quelques citations d'auteurs qui nous permettront d'établir l'historique de la question.

Dans un deuxième chapitre, je donnerai les observations diverses que nous possédons sur ce sujet.

Le troisième chapitre sera consacré à l'étude des symptômes et du diagnostic de la coexistence de l'hypertrophie et du rétrécissement.

Le quatrième chapitre contiendra la physiologie pathologique de cette complication et l'étude de l'influence que ces lésions exercent l'une sur l'autre.

Dans un cinquième et dernier chapitre, nous examinerons brièvement quelles sont les conséquences thérapeutiques que nous sommes conduit à déduire de l'étude de notre sujet.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

On ne trouve dans les auteurs classiques que très peu de documents qui puissent donner à penser que la coexistence des rétrécissements de l'urètre et de l'hypertrophie prostatique ait été souvent observée par eux.

Cruveilhier même a, sinon nié la possibilité de cette coexistence, du moins contesté sa fréquence. (Anatomie pathologique, livraison XVII).

Civiale est le premier qui ait bien nettement affirmé la possibilité de rencontrer sur un même sujet des rétrécissements urétraux et une hypertrophie de la glande prostatique. Il admet la fréquence de cette complication et il va même jusqu'à attribuer souvent l'hypertrophie prostatique à la présence de rétrécissements antérieurs. Voici, en effet, ce que je trouve dans le *Traité pratique des maladies des voies urinaires de Thompson*, dans le chapitre VII, intitulé : De causes de l'hypertrophie de la prostate. (Page 393).

« Civiale consacre un chapitre à l'examen des causes
« (de l'hypertrophie prostatique) et il refuse d'y consi-
« dérer les questions théoriques de l'analogie supposée
« entre la prostate et l'utérus, etc., etc. ; il énumère en-
« suite les causes qu'il croit prochaines et efficientes.
« La première qu'il indique comme influence est la pré-
« sence d'un calcul dans la vessie. Puis viennent les
« rétrécissements organiques de l'urètre et la difficulté à
« uriner qui en résulte. Il attache à ce fait une grande
« importance, et il ne cite que pour la réfuter, l'opinion
« de Cruveilhier qui veut que le rétrécissement et l'hy-
« pertrophie coïncident très rarement. Civiale affirme
« au contraire que l'existence de cas nombreux vient
« attester sa manière de voir.

D'autre part, dans son *Traité pratique sur les mala-*
dies des organes génito-urinaires, première partie : *Ma-*
ladies de l'urètre, Civiale dit :

« Quand on sonde pour un cas de rétrécissement
« urétral, l'écueil est presque inévitable : les autopsies
« le démontrent surabondamment. Et, en effet, on
« conçoit qu'avec des sondes ordinaires, en procédant
« d'après les règles établies, même par les meilleurs
« traités que nous possédions, non seulement on ne
« peut pas contourner la tumeur et suivre la direction
« anormale imprimée au conduit excréteur de l'urine,
« mais qu'encore on est conduit à donner à l'instru-
« ment une direction telle qu'il doit nécessairement
« faire fausse route.

Dans une autre partie de son traité, Civiale revient
encore sur cette idée : « Quand on procède à la dilata-
« tion de ces rétrécissements, il arrive souvent que le

« malade souffre plus qu'on a coutume de l'observer et
« que l'extrémité de la bougie ou de la sonde fatigue,
« irrite la tumeur formée par la glande hypertrophiée,
« d'où résultent des phénomènes morbides qui peu-
« vent devenir assez graves pour obliger de cesser ou
« tout au moins de suspendre le traitement (1).

Home avait également constaté la possibilité de cette complication et compris quelles conséquences fâcheuses la présence d'une hypertrophie prostatique pouvait entraîner pour le rétrécissement.

« Home assure, dit Civiale plus loin, que les chances
« en faveur de la guérison du rétrécissement sont plus
« faibles, que les efforts que lui-même a faits en pareil
« cas sont constamment demeurés sans résultat, et que
« ce qu'on obtient par la dilatation au delà d'un certain
« point, est perdu à la première irritation du col vésical.

« L'expérience a constaté l'exactitude de cette asser-
« tion ».

Civiale et Home sont donc les premiers et nous pouvons même dire les seuls auteurs de traités didactiques qui aient nettement affirmé l'existence simultanée des rétrécissements et de l'hypertrophie. Nous ne trouvons guère d'observations caractéristiques et nettement affirmatives que dans les bulletins de la Société anatomique, l'une publiée dans le *Progrès médical* et communiquée à

(1) Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires, Civiale. Première partie, page 129, Paris 1840.

(1) Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires, Civiale. Deuxième partie : maladies du col, de la vessie et de la prostate page 380, 1841.

la *Société anatomique* par le D^r Jean, dans sa séance du 8 février 1878, l'autre de *Segond* dans le *Progrès médical* de 1880 (page 522) et publiée d'après une communication faite à la même Société anatomique en novembre de la même année. Il faut aller ensuite jusqu'en 1883 pour trouver, dans le numéro du 13 mai du *Lyon médical* de cette année, les observations (au nombre de quatre) qui avaient été communiquées par M. le D^r F. Bron à la Société de médecine, dans sa séance du 16 avril.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS CLINIQUES

Nous consacrerons ce chapitre à la citation aussi complète que possible des diverses observations que nous possédons en faisant suivre quelques-unes d'elles des réflexions qu'elles nous ont suggérées.

OBSERVATION I

HYPERTROPHIE ÉNORME DE LA PROSTATE ; RÉTRÉCISSEMENTS

CALCULS DE LA PROSTATE (1)

Le nommé M. Julien, âgé de 63 ans, entré à l'hôpital Necker le 5 février 1878, salle Saint-Vincent, n° 3, (service de M. le professeur Guyon).

(1) Communiquée à la Société anatomique par A. Jean, interne des hôpitaux.

Cet homme a eu une légère chaudepisse à l'âge de 20 ans. En 1846, le malade a commencé à uriner plus souvent; les mictions étaient longues et douloureuses et les dernières gouttes d'urine expulsée tombaient dans son pantalon.

En 1855, il eut une rétention d'urine et fut traité par la dilatation pendant une année. Depuis cette époque jusqu'en 1869, tous les accidents avaient disparu, quand, à ce moment, il fut repris de douleurs pendant les mictions qui devinrent très longues, le malade urinant goutte à goutte.

Le 4 février 1878, sans cause appréciable, le malade fut pris d'une rétention d'urine; un médecin de la ville fit un cathétérisme infructueux et provoqua une légère hémorrhagie urale.

Le 5 février, on explore le canal avec des sondes à bouts olivaires; tous, depuis le n° 21 jusqu'au n° 6 sont arrêtés à la région bulbaire. On peut introduire une petite bougie filiforme, collodionnée, mais cette bougie qui a franchi le rétrécissement, s'arrête au niveau de la région prostatique; on la laisse à demeure. La vessie est très distendue et remonte jusqu'à l'ombilic. Le malade urine par regorgement.

6 Février. — La bougie est sortie pendant la nuit. On en fixe une autre à demeure; mais celle-ci, pas plus que la première, ne peut franchir la région prostatique. La vessie est encore plus distendue que la veille; elle remonte à deux centimètres au-dessus de l'ombilic.

Le malade a uriné par regorgement avec sa bougie à demeure. La vessie est un peu moins distendue mais l'état général devient grave. La température n'est pas élevée. Le malade est oppressé, et on entend des râles muqueux dans la poitrine.

8 Février. — Congestion pulmonaire très intense. La langue est sèche, recouverte d'un enduit brunâtre. La température s'abaisse à 35° 6. Mort.

AUTOPSIE

Les poumons sont entièrement emphysémateux; pas trace de tuberculose. Congestion aux bases.

Cœur très gros : 660 grammes. Le cœur droit est normal.

Hypertrophie énorme du ventricule gauche. Pas d'insuffisance aortique ni mitrale. Le bout de la valvule mitrale est un peu épaissi. Aorte légèrement athéromateuse, quelques plaques calcaires. *Foie, rate*, sains.

Reins assez volumineux; chaque rein pèse 230 grammes. Ils sont pâles à la surface. La capsule fibreuse s'arrache facilement, sans entraîner de substance corticale. La périphérie est bosselée, granuleuse et présente une quantité considérable de kystes miliaires. La substance corticale est normale, ni diminuée, ni augmentée.

La vessie est pleine d'une urine claire. Très distendue, elle remonte jusqu'à l'ombilic. Son épaisseur est à peu près normale. Nullement hypertrophiée, elle paraît, au contraire, amincie en certains points. La surface interne est à peu près lisse. Le bas-fond est très prononcé, car la prostate, très hypertrophiée, remonte dans l'intérieur de la cavité vésicale.

Prostate du volume d'une petite orange. Les deux lobes latéraux sont énormément hypertrophiés; le médian est à peu près normal. Au premier abord, on pourrait croire que l'hypertrophie est générale, car les lobes latéraux se rejoignent en arrière, et le col vésical est limité par un bourrelet circulaire très régulier. Sur le lobe latéral gauche, existe une petite saillie en forme de champignon, de la grosseur d'un pois. La coupe de la prostate sur la ligne médiane fait reconnaître de nombreuses lacunes remplies par de petits calculs noirâtres.

Urètre. A l'entrée de la région membraneuse de l'urètre existe un rétrécissement et quelques petites brides fibreuses. Dilatation en arrière du rétrécissement.

Nous pensons que dans ce cas la présence des calculs prostatiques n'a pas eu une influence considérable, mais que l'aggravation est due plutôt à l'hypertrophie de la glande succédant au rétrécissement et le compliquant.

OBSERVATION II⁽¹⁾

RÉTRÉCISSEMENT DE L'URÈTRE.

HYPERTROPHIE PROSTATIQUE. — ACCIDENTS URÉMIQUES.

MORT.

B. J., 76 ans, est admis dans le courant du mois de juillet 1882 à l'hospice de la Charité, infirmerie des vieillards, service de M. Fochier.

Ce malade se plaint d'être obligé de se lever très souvent dans la nuit pour uriner; la miction est douloureuse, le ténésme vésical assez marqué; les urines sont légèrement troubles: l'analyse n'y fait découvrir aucune trace d'albumine.

Cet homme a été militaire pendant une trentaine d'années et il avait contracté dans cette période de service plusieurs blennorrhagies. Il y a environ 20 ans que Nichet lui aurait pratiqué, à son dire, une incision au périnée pour un abcès coïncidant avec des troubles de la miction; nous n'avons pas pu obtenir sur ce point des renseignements plus détaillés.

Le toucher rectal permet de reconnaître l'existence d'une hypertrophie prostatique assez prononcée. Il est de toute impossibilité de sonder le malade avec une sonde à bécuille, même du plus petit calibre; une sonde molle à bout olivaire de faible calibre est intro-

(1) Cette observation et la suivante ont été communiquées à M. le docteur Augagneur par M. le docteur Gangolphe.

duite avec une facilité relative. La dilatation progressive faite chaque matin régulièrement, permet, au bout de dix jours, de passer une sonde olivaire n° 12. Sans que le cathétérisme ait été plus difficile ou qu'il soit survenu de nouveaux symptômes du côté de la vessie, le malade meurt rapidement le 10 juillet au soir avec de la dyspnée, du délire, sans offrir cependant une température bien élevée, avec tous les symptômes en un mot d'accidents urémiques.

AUTOPSIE

L'examen nécropsique ne nous a rien révélé du côté du cerveau. Le tube digestif, le foie, la rate, ne présentent pas de lésions. Le cœur est hypertrophié, pas d'athéromes cependant ni de lésions valvulaires appréciables.

Les reins sont volumineux, entourés d'une capsule graisseuse très épaisse; les uretères dilatés à peu près également des deux côtés sont deux fois plus volumineux qu'à l'état normal. Les calices et les bassinets semblent légèrement dilatés.

La vessie présente des parois épaisses, (de 1 cent. 1½ dans certains points), elle est dilatée.

La surface interne offre des cellules limitées par des colonnes saillantes. Elle contient une petite quantité d'urine trouble et blanchâtre.

La prostate est surtout hypertrophiée latéralement; le lobe médian ne fait pas de saillie bien appréciable. En pressant fortement le tissu de la glande, on fait sourdre dans l'urètre un liquide un peu épais, filant, puriforme, peu abondant.

On constate en outre l'existence d'un rétrécissement assez prononcé au niveau du collet du bulbe.

Sur la paroi inférieure de la portion spongieuse de l'urètre existent quelques petits points blanchâtres, miliaires, qui paraissent être des culs-de-sac muqueux remplis de sérosité purulente. On ne trouve pas de trace de l'opération qui aurait été pratiquée par Nichet.

Cette observation est plus caractéristique encore que la précédente; ici l'hypertrophie de la prostate existe

seule, sans complication de calculs, et c'est bien à cette hypertrophie survenant chez un vieux uropathe que l'on doit les accidents urémiques qui ont si rapidement entraîné la mort.

OBSERVATION III

RÉTRÉCISSEMENTS MULTIPLES DE L'URÈTRE.

HYPERTROPHIE PROSTATIQUE.

(M. X..., 68 ans (en ville).

Ce malade aurait eu une blennorrhagie à l'âge de 30 ans; cet accident n'ayant jamais été régulièrement traité, l'écoulement avait persisté et présentait de temps à autre une certaine acuité à l'occasion d'excès de boissons ou de rapprochements sexuels intempestifs. Jamais la blennorrhée n'a complètement disparu.

Depuis deux ans à peu près, l'état général de M. X... est devenu mauvais; le malade a jauni; l'appétit a presque complètement disparu. La miction est devenue de plus en plus difficile; elle se répète 15 ou 20 fois dans une même nuit et s'accompagne toujours d'un ténésme vésical très pénible; quelques hémorroïdes; l'auscultation ne fait rien découvrir au cœur ni aux poumons.

En septembre 1882, appelé auprès de ce malade, nous constatons l'existence d'un chapelet de 7 ou 8 noyaux indurés, variant de la grosseur d'une noisette à celle d'un petit pois; ces noyaux étaient situés tout le long de la portion spongieuse de l'urètre. Le toucher rectal nous démontrait, en même temps, l'existence d'une hypertrophie prostatique très accentuée; on remarquait au niveau du méat urinaire un suintement muco-purulent. Les urines, très chargées en mucus, ne contenaient pas d'albumine.

Nous employâmes la dilatation lente progressive. Au bout d'un mois de traitement, l'amélioration était très notable; le malade ne se levait plus la nuit et dans la journée il n'urinait guère que 4 ou 5 fois, et cela sans trop de peine. Cependant, c'est avec beaucoup de difficulté que nous pûvons introduire une sonde molle à bout olivaire des numéros 9 et 10.

Le malade nous demande à ce moment de lui permettre de partir à la campagne pour y passer quelques jours seulement. Son état général paraissait alors notablement amélioré; l'appétit était revenu et rien ne nous faisait prévoir une issue funeste. M. X... partit donc, et nous apprîmes quelque temps plus tard qu'il avait succombé aux suites d'une pneumonie aiguë.

OBSERVATION IV ⁽¹⁾

RÉTRÉCISSEMENT URÉTRAL AU NIVEAU DU BULBE

HYPERTROPHIE PROSTATIQUE.

(J. L., âgé de 68 ans, entre le 4 mars 1884 à l'hôpital de la Croix-Rousse, salle Saint-Eucher).

Ce malade n'accuse aucun antécédent héréditaire, il avoue des habitudes alcooliques, mais nous ne trouvons chez lui aucune trace de syphilis.

Comme maladies antérieures, le malade nous dit avoir contracté à diverses reprises six blennorrhagies; la première à l'âge de 18 ans, trois autres pendant qu'il accomplissait son service militaire, et les deux autres après sa rentrée dans la vie civile.

(1) Cette observation et les deux suivantes m'ont été communiquées par M. le docteur Augagneur.

Une de ces dernières dura environ six mois et ne fut traitée exclusivement que par des injections. La dernière chaude pisse date de 10 ans ; eile eut une durée d'environ deux mois et ne fut, du reste, jamais complètement guérie.

Depuis cette époque, le malade ressentit des troubles de la miction ; l'écoulement du canal reparaissait au moindre excès et presque tous les matins une goutte de muco-pus sortait du méat.

Depuis environ trois mois, les troubles de la miction se sont notablement accentués, le jet d'urine est moins fort ; il est filiforme, dévié tantôt à droite, tantôt à gauche : cependant, jusqu'à cette époque, le malade urinait encore sans trop d'efforts.

Mais depuis un mois environ, il n'urine plus que goutte à goutte et au prix d'efforts parfois considérables ; ces efforts sont tels qu'ils amènent souvent une défécation involontaire. La miction est douloureuse pendant toute sa durée ; elle est très fréquente (10 fois le jour et autant de fois pendant la nuit). Le besoin d'uriner est impérieux, et s'il n'est satisfait immédiatement, le malade ne peut retenir son urine. Quand il croit la miction terminée, il s'échappe encore quelques gouttes souillant le linge.

Depuis quelque temps, le malade ressent des douleurs dans la région lombaire, des maux de tête assez fréquents, parfois des vertiges le soir. Il se plaint également depuis deux mois d'accès de fièvre avec frisson initial, durant une demi-journée au plus et survenant à peu près tous les quinze jours.

Il y a depuis cette époque également chez lui une constipation opiniâtre.

L'exploration du canal, très douloureuse du reste, nous décèle une diminution notable de calibre. Le maximum de coarctation paraît siéger au niveau du bulbe. On introduit avec difficulté une bougie n° 6. Les manœuvres de cathétérisme amènent presque toujours du spasme urétral et font saigner le canal.

La prostate est très hypertrophiée, ainsi que le démontre le toucher rectal. La pression exercée sur la glande est douloureuse.

Ajoutons que depuis quatre mois ce malade est porteur, à la région du filet, d'une petite tumeur qui, d'abord grosse comme une petite tête d'épingle, est actuellement du volume d'une noisette ; la

tumeur est indolente et de consistance fibreuse. Nous constatons en outre, chez lui, une balanoposthite érosive, ainsi qu'une hernie ombilicale datant de quelques années, irréductible et présentant depuis deux mois des symptômes d'inflammation.

Le malade, repoussant absolument toute intervention, demande à sortir le 9 mars.

Nous avons appris que cet homme est mort quelque temps après d'une néphrite avec des accidents urémiques.

OBSERVATION V

RÉTRÉCISSEMENT DE L'URÈTRE — HYPERTROPHIE

PROSTATIQUE

(M. P..., 56 ans, tisseur, entre le 22 mars à l'hôpital de la Croix-Rousse, salle Saint-Fucher, service de M. le Dr Augagneur. Voici son histoire pathologique aussi complète que possible :

Son père est mort, nous dit-il, d'une affection vésicale causée par toutes sortes d'excès; il eut une rupture de la vessie due à des manœuvres de cathétérisme. La mère, morte à 75 ans, avait toujours eu une bonne santé. Un de ses frères, également robuste, est mort à l'âge de 44 ans.

Lui-même a toujours eu une bonne santé habituelle; il n'a aucun antécédent pathologique sérieux.

A l'âge de 20 ans il contracta une blennorrhagie intense, qui dura plus d'un an, ne fut pas soignée au début et traitée seulement, sur la fin, par des injections au nitrate d'argent. Depuis, le malade a toujours conservé une goutte. Il s'est marié à l'âge de 31 ans.

En 1869, il commença à éprouver une certaine gêne dans la miction, l'obligeant à des efforts; le jet d'urine était faible, petit, entortillé; la miction fréquente. Il fit à cette époque un premier séjour de 7 mois à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Sacerdos, où M. le docteur Laroyenne lui fit de la dilatation progressive, puis une urétrotomie interne. Le malade sortit bien amélioré et urinant d'une façon normale : cette guérison dura 8 ans.

En 1875, réapparition des mêmes symptômes; le malade fait un séjour de 2 mois à la salle Saint-Eucher, où on le traita par des bains, le repos et la dilatation progressive. Il sort très amélioré, puisqu'il était parvenu à introduire une sonde n° 18 environ.

Le malade, rentré chez lui, se sondait deux fois par semaine : le cathétérisme amenait parfois un accès fébrile.

En 1877, à la suite d'un travail pénible et d'excès alcooliques, nouvelle rechute, nouveau séjour de 2 mois à Saint-Eucher, où M. le docteur Cordier lui fit de la dilatation progressive.

L'amélioration obtenue par ce traitement persista pendant 2 ou 3 ans; puis les symptômes reparaissant plus intenses, le malade entra à l'Antiquaille, dans le service de M. Horand, qui pratiqua sur lui la dilatation brusque avec son dilatateur (une seule séance). Le séjour à l'hôpital fut cette fois de 3 semaines; au bout de ce temps, l'amélioration était sensible.

Depuis six mois environ les mêmes accidents ont reparu : c'est alors que M... est entré de nouveau à Saint-Eucher. Voici son état actuel :

La miction est fréquente; elle se répète 5 à 6 fois le jour et 7 fois la nuit; le jet est très faible; les efforts violents, amènent parfois une défécation involontaire.

La portion pénienne de l'urètre n'offre pas de rétrécissement appréciable, mais la portion membraneuse est le siège d'une coarctation notable; une bougie n° 6 passe difficilement; son passage occasionne de vives douleurs. Un calibre un peu plus fort ne pénètre pas dans la vessie, mais on ne peut savoir si la bougie est arrêtée par un rétrécissement ou par le tissu de la prostate. Celle-ci, en effet, est notablement hypertrophiée.

L'état général n'est pas mauvais :

Après 2 cathétérismes, le malade n'a pas eu d'accès fébrile. Les urines sont un peu troubles, non ammoniacales, elles ne contiennent pas d'albumine. Quantité : 3 litres; urée : 25 gr. D. 1012.

La dilatation fut poussée pendant les jours suivants avec la plus grande prudence. Le cathétérisme n'était pratiqué que tous les trois jours. Malgré cela, le rétrécissement saignait à chaque tentative. Il arriva que la bougie qui avait pénétré avec facilité, n'était admise de nouveau qu'après six ou sept jours. Il fut impossible de pousser la dilatation plus loin que le n° 12.

En présence de ces symptômes d'inflammation du rétrécissement, de ses nombreuses récidives et de l'hypertrophie de la prostate, M. Augagneur jugea à propos de pratiquer l'urétrotomie interne.

Elle fut exécutée avec le manuel opératoire habituel, le 2 avril. Le 12 du même mois le malade sortait. Une bougie n° 18 était facilement introduite. Les symptômes malades avaient en grande partie disparu.

OBSERVATION VI

(Observation personnelle de M. Augagneur.)

(M. X..., 75 ans, docteur en médecine.) — Je suis appelé près de lui le 12 novembre 1881, à la campagne.

A l'âge de 40 ans, chute avec son cheval, contusion du périnée. Difficulté de la miction pendant 2 ou 3 jours; tout passe.

En 1871, à 65 ans, rétention complète d'urine à la suite d'un repas un peu copieux; sondé par un confrère qui passe une petite sonde n° 9 à peu près.

Plusieurs rechutes du même genre; les bains et l'introduction d'une petite sonde suffisent en général. Mais la difficulté augmente et je le trouve dans l'état suivant :

Mictions fréquentes, toutes les heures le jour et jusqu'à 20 fois la nuit.

Douleur excessivement vive, à l'hypogastre, au périnée et dans toute l'étendue du canal. Irradiations jusque dans l'anus et la région sacrée.

Urines excessivement troubles, purulentes, à odeur ammoniacale très prononcée.

L'examen microscopique fait quelques jours après ne montra que des globules de pus et quelques globules sanguines, avec les cellules muqueuses qui se trouvent d'ordinaire dans ces dépôts.

Un peu d'albumine, dont la présence du pus rend la cause assez discutable.

En introduisant dans le canal un explorateur à boule n° 9 on est arrêté au niveau de la région bulbo-membraneuse. Une bougie n° 7 peut seule franchir cet obstacle, mais n'arrive que difficilement à la vessie. Malgré toutes les précautions, on produit un léger écoulement sanguin.

En palpant le périnée vers la racine des bourses, on sent une légère induration dans le point où s'arrête l'explorateur.

Par le toucher rectal, je trouve une fistule dure et régulièrement développée. Je n'arrive pas à son sommet avec l'index.

Diagnostic : Rétrécissement traumatique de la région membraneuse. Hypertrophie prostatique, cystite chronique consécutive.

Le 25 novembre 1881, le malade est amené à Lyon et confié à mes soins. Je trouve les mêmes symptômes. L'état général a souffert. Le malade, qui a une constitution entièrement robuste, qui semble beaucoup plus jeune que son âge, a perdu depuis quelque temps l'appétit, la langue est sèche, couverte d'un enduit assez épais.

La cause prochaine des accidents était due évidemment à la stagnation de l'urine, produite elle-même par l'hypertrophie prostatique. Mais avant de songer à évacuer régulièrement la vessie, il fallait s'adresser au rétrécissement.

Il est de très peu d'étendue.

Je tentai la dilatation progressive et en huit jours j'arrivai du n° 6 au n° 12. Mais il me fut impossible d'aller plus loin. Même en espaçant les séances de trois ou quatre jours, je déterminais des douleurs locales vives; il s'écoulait toujours une certaine quantité de sang provenant du rétrécissement, car j'avais la précaution de ne

pas tenter de pénétrer jusqu'à la vessie par les bougies et de les engager seulement dans le point rétréci. De plus, quand j'avais à une séance passé le n° 12, j'étais souvent forcé de m'arrêter au n° 9 ou 10 dans les séances ultérieures.

M. D. Molière voulut bien voir le malade avec moi. Il confirma mon diagnostic et m'engagea à dilater brusquement le rétrécissement avec l'appareil de M. Horand. J'aurais préféré l'uréthrotomie interne, mais le malade était moins effrayé par le dilatateur que par la lame de l'urétrotome. Je poussai la dilatation jusqu'au n° 17 (15 octobre).

Pendant les huit jours qui suivirent, le malade urina plus facilement. Sous l'influence de l'acide benzoïque, les urines devinrent moins purulentes et perdirent leur odeur ammoniacale. Mais pendant ces huit jours, il me fut impossible de réintroduire aucune sonde. Quinze jours après, le canal n'admettait que le n° 14 et il me fut impossible d'aller plus loin. Les mêmes alternatives de douleur, d'inflammation, d'hémorrhagie se reproduisirent. La situation empira du côté de la vessie et le malade retourna dans son pays.

Depuis lors, il prit des hématuries fréquentes. Il est mort six mois après.

On peut dire que dans ce cas nous avons affaire à un rétrécissement cicatriciel et qu'il ne fallait pas s'attendre à le voir disparaître spontanément. Mais ce que je vise principalement dans cette observation, c'est la difficulté du traitement du rétrécissement. Cette vascularisation anormale, ces hémorrhagies, le peu de durée de l'influence de la dilatation, tout cela ne se présente pas d'ordinaire avec un rétrécissement peu serré et peu étendu. Remarquons que notre malade n'avait pas eu d'hématurie après sa chute, pas de rupture de la muqueuse par conséquent et que le rétrécissement n'était qu'un rétrécissement interstitiel. Pendant 20 ans, il était passé inaperçu; en 1871, à la première rétention d'urine, il avait supporté facilement le cathétérisme. C'est là un exemple des difficultés qu'apporte la présence de l'hypertrophie prostatique au traitement des rétrécissements, et celle du rétrécissement à l'intervention vis-à-vis des lésions de la prostate.

CHAPITRE III.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

Les recherches de Thompson ont prouvé que l'hypertrophie prostatique ne se présente presque jamais avant la 50^e année.

C'est donc sur des sujets ayant dépassé cet âge que nous pourrons rencontrer les symptômes pathologiques que nous allons décrire.

Résultant de la réunion de deux affections différentes, les phénomènes présentés par nos malades n'auront pas, on le conçoit du reste, la netteté des symptômes provenant de l'un quelconque de ces états pathologiques isolé. On se souvient certainement des deux types cliniques, si nets, si tranchés, dépeints par Thompson dans sa leçon clinique à propos de la rétention d'urine.

L'un est un homme de trente-cinq à quarante-cinq ans, robuste en général, ayant eu, il y a quelques années, une ou plusieurs blennorrhagies : il a senti peu à peu de la difficulté dans la miction : la dysurie, d'abord légère, est devenue graduellement plus intense, le jet de liquide est arrivé à être filiforme, il s'est ensuite réduit à un écoulement goutte à goutte.

De plus, ainsi qu'il résulte de l'étude de quelques-unes de nos observations, à cette difficulté de la miction est venu se joindre un besoin fréquent, presque constant, d'uriner qui tourmente le plus notre malade.

Contrairement toutefois à ce qui se passe dans l'hypertrophie prostatique, ce besoin est un peu moins fréquent la nuit que le jour.

Dans quelques cas graves cependant, ou quand, à la suite d'excès ou de fatigues, une exacerbation légère s'est produite, ces efforts deviennent plus pénibles et plus infructueux et le besoin d'uriner est presque aussi fréquent la nuit que le jour.

Avec ces symptômes on observe un sentiment de chaleur, de douleur et de cuisson, surtout au niveau du col de la vessie, qui est souvent le siège d'une cystite plus ou moins violente. Les douleurs que ressentent les malades, juste au dessus et en arrière des pubis indiquent aussi très fréquemment un léger degré d'inflammation de la muqueuse vésicale.

Le ténesme vésical est la règle, on peut le dire ; mais l'inflammation de l'appareil génito-urinaire s'étendant plus ou moins aux divers organes contenus dans le petit bassin, on voit survenir aussi du ténesme et des efforts du côté du gros intestin. Ce ténesme rectal entraîne même quelquefois, ainsi qu'on a pu l'observer sur un de nos malades, une chute peu considérable mais assez marquée cependant de la muqueuse anale, de la chaleur, de l'inflammation, et finalement un épaissement inflammatoire de cette muqueuse. C'est ce qui explique la difficulté que les malades éprouvent à retenir le contenu de leur rectum pendant les efforts de la miction.

Nous avons vu également que, dans la plupart des cas cités, l'urine était presque toujours trouble et contenait une quantité très considérable de mucosité. C'est que dans le plus grand nombre des cas de rétrécissements, il y a une augmentation de la sécrétion muqueuse du canal. Cette sécrétion est plus ou moins purulente; elle doit, du reste, toutes les fois qu'elle existe depuis longtemps, alors même qu'elle semblerait succéder simplement à une gonorrhée rebelle, donner l'éveil au praticien et l'engager à passer une sonde pour s'assurer du calibre du canal.

Thompson cite un cas dans lequel ce symptôme était si prédominant, que le malade avait été traité pour gonorrhée pendant longtemps, sans que l'on eut soupçonné l'existence d'un rétrécissement, seule cause de l'écoulement.

Quelquefois, mais plus rarement, le premier symptôme indiquant la présence d'un rétrécissement est une rétention complète d'urine; ce symptôme a pu se montrer dans toute sa gravité, à la suite d'excès divers auxquels le malade s'est livré.

Il y a aussi quelques cas dans lesquels la rétention d'urine est le symptôme dominant *pendant toute la durée de la maladie* (1). Dans ces cas, la vessie peut ne pas être très irritée, le jet d'urine relativement assez gros, une sonde, 12 et même 15, peut passer sans trop de peine, mais il existe un vrai rétrécissement organique que l'on peut constater par la palpation, et qui

(1) Thompson : Traité pratique des maladies des voies urinaires.

fait découvrir soit un anneau, soit un chapelet de noyaux indurés le long du canal. (Obs., III.)

Des modifications dans le caractère de l'urine peuvent être constatées également dans la plupart des cas graves, et nous verrons plus loin que cette altération complique souvent les rétrécissements et en rend la résorption moins facile.

Je ne citerai que pour mémoire un autre signe subjectif du rétrécissement, je veux parler de la *petitesse* du jet.

C'est, on le conçoit, le plus souvent une conséquence naturelle de l'exiguité du canal; mais il ne faut pas oublier que bon nombre de circonstances étrangères au rétrécissement peuvent influencer sur le volume du jet, telles sont celles qui résultent de l'impression du froid, d'un écart de régime, etc.

La *forme* du jet est plus caractéristique, sans cependant qu'il soit permis d'attacher à ce signe une importance exagérée : ce jet est aplati, tordu, divisé; il est dévié tantôt à droite, tantôt à gauche. (Obs., IV); mais, en somme, il ne faut pas accorder à cette particularité une valeur trop grande, car elle peut se produire indépendamment de toute altération du canal.

A ces divers symptômes, des rétrécissements organiques, qui sont purement subjectifs, viennent se joindre les signes objectifs qui permettent de porter un jugement plus assuré sur la nature, le siège et l'étendue de la lésion urétrale; nous voulons parler de l'*exploration instrumentale*, qui, venant confirmer nos prévisions, nous fera constater l'existence d'un ou plusieurs rétrécissements.

Le *prostatique* aura, lui, plus de cinquante ans. Jusqu'à cet âge il n'aura eu aucun trouble de la miction ; mais, depuis quelque temps, il urine avec moins de facilité, son jet s'échappe mince et sans force ; il se plaint aussi d'éprouver des envies d'uriner plus fréquentes surtout le matin ; puis ces envies se calment, mais se répètent ordinairement plus souvent pendant la nuit que dans la journée.

Si l'on pose à ce malade les quatre questions que Thompson recommandait toujours à ses élèves d'adresser à ceux qui se plaignent de troubles dans les organes génito-urinaires, le doute ne sera déjà plus possible et nous verrons, avant même d'avoir eu recours au cathétérisme et au toucher rectal, que nous avons affaire à un *prostatique*.

En effet, si l'on s'informe d'abord de la *fréquence des mictions*, on saura que cette fréquence est plus grande et que la nuit surtout elle est plus pénible et trouble le sommeil, quand elle ne l'abolit pas presque complètement. Le malade nous apprendra en même temps, surtout si son cas est de vieille date, qu'il perd involontairement ses urines, soit à la suite de quelque effort, comme la toux, soit la nuit pendant le sommeil.

Si nous passons au symptôme *douleur* nous verrons qu'il existe dans presque tous les cas, et chose importante à noter, que cette douleur se fait sentir avant la miction et cesse immédiatement après.

C'est un signe presque certain d'hypertrophie prostatique et que tous nos malades ont accusé ; il s'explique par ce fait que la vessie distendue souffre du fait même de cette distension et lorsque l'évacuation de son con-

tenu vient mettre fin à cette tension, le calme renaît aussitôt. Si la douleur apparaissait au contraire après la déplétion de la poche vésicale, on devrait plutôt présumer la présence d'un calcul.

Si nous nous informons des *caractères de la sécrétion* nous constaterons que, si l'hypertrophie est récente, l'urine n'a guère perdu de sa limpidité, mais que si l'affection remonte à plus d'une année le liquide évacué est presque toujours altéré.

Quant à la *forme du jet*, ainsi que nous le disions plus haut, on trouve généralement qu'il tombe sans force, dès sa sortie du méat, et diffère ainsi beaucoup de celui qu'on observe dans le rétrécissement. Dans cette dernière affection, en effet, le jet, aussi longtemps qu'il persiste, quand bien même il serait réduit à la finesse d'un fil, conserve ordinairement sa force parcequ'il subit mieux la volonté du malade. Dans l'hypertrophie, au contraire, les efforts du patient sont non-seulement frappés d'impuissance, mais ils augmentent même la dysurie en poussant plus avant dans le canal la portion médiane de la glande hypertrophiée. D'une manière générale, dit Thompson, on peut affirmer que chez le prostatique, l'appareil expulseur lui-même se trouve englobé, au col de la vessie, dans le processus hypertrophique et n'est plus en état de fonctionner (1); de là la stérilité des efforts du malade sur la propulsion du jet.

Ajoutons à ces divers symptômes une difficulté très

(1) *Thompson*. Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires professées à « University College Hospital ». Traduction Jules Hue.

grande et de nature presque entièrement mécanique apportée à la défécation, cette constipation contraste avec l'incontinence presque perpétuelle qui se remarque chez les prostatiques dont la lésion est ancienne, la vessie se vidant alors par le mécanisme du trop plein, (*regorgement*).

Enfin le cathétérisme nous permettra de constater que le canal admet, contrairement à ce qui se passe dans le rétrécissement, une sonde de gros calibre, laquelle sonde semble déviée au col de la vessie, pendant la manœuvre de cathétérisme.

Le toucher rectal lève tous les doutes, s'il en restait encore, en faisant percevoir une augmentation notable du volume de la prostate.

Nos malades ont toujours présenté un mélange de ces deux tableaux.

Agés de plus de cinquante ans, leur histoire pathologique a commencé bien avant l'époque où la prostate augmente de volume. Pendant les années qui ont suivi une blennorrhagie, ils ont eu tous les symptômes des rétrécissements de l'urètre, et souvent, à ces anamnestiques viennent se joindre les récits des opérations tentées pour les faire disparaître. Il semble dans plusieurs observations, que le rétrécissement a été peu intense, ou du moins assez facilement compensé par la contraction vésicale. Pendant de longues années, le malade a vécu faisant bon ménage avec lui, ne s'en apercevant pas trop. Notre observation VI est remarquable à cet égard. Puis à un moment donné, il y a peu de temps, tous les symptômes se sont subitement aggravés. L'examen des faits nous permet d'affirmer que

cette aggravation est survenue au moment où la prostate s'est hypertrophiée. Cette plus grande nocivité de la maladie, la devons-nous à un changement dans l'état anatomique du rétrécissement, ou simplement à la présence de ce symptôme nouveau-venu : *l'hypertrophie prostatique* ?

Si nous analysons les symptômes, nous verrons peut-être que les deux phénomènes ont leur importance.

Un rétrécissement existait seul ; jusqu'alors la vessie hypertrophiée réussissait tant bien que mal à en vaincre la résistance, et à faire couler son contenu par le point rétréci. Mais quand est survenue l'augmentation de volume de la prostate, les conditions se sont trouvées changées. La résistance a augmenté, sans que la puissance expulsive ait pu s'accroître en proportion. La lésion était compensée ; il est survenu brusquement une sorte d'asystolie vésicale. Nous concluons de nos observations avec Guyon, que *l'homme urine beaucoup plus avec sa vessie qu'avec son urètre*. Un rétrécissement peut être compatible avec une miction presque normale ; un obstacle au col de la vessie produit immédiatement des symptômes apparents.

Dès que cet état pathologique est observé par le chirurgien, il se montre avec des signes relevant des causes multiples qui l'ont déterminé. La miction est fréquente, aussi fréquente la nuit que le jour ; l'incontinence peut être à la fois diurne et nocturne, l'urètre laisse échapper parfois une certaine quantité de pus. Sauf la notion du début éloigné de l'affection, les manifestations morbides s'enchevêtrent de telle sorte, que le diagnostic est toujours incertain, tant que le canal n'a

pas été méthodiquement examiné. Si l'on prend une bougie à boule, on ne tarde pas à la sentir arrêtée le plus souvent à l'entrée de la région membraneuse. En lui substituant une bougie filiforme, il se peut qu'après avoir franchi le rétrécissement, on se trouve arrêté par l'hypertrophie prostatique. C'est ce qui avait frappé Home et Civiale. Mais nous ne devons pas oublier que les renseignements fournis par le contact d'une fine bougie sont en général bien peu précis. En outre cette bougie est le plus souvent serrée dans le rétrécissement qu'elle vient de franchir, et les frottements qui se passent en ce point, obscurcissent les phénomènes produits dans une région plus profonde.

La lésion prostatique se révélera plus souvent par d'autres moyens. Si le rétrécissement a été dilaté ou sectionné, le cathétérisme reprend toute sa valeur diagnostique. Il en est de même de la persistance de troubles pathologiques après cette dilatation. Enfin le toucher rectal doit tenir le premier rang. On peut dire qu'aucun malade n'a été complètement et sérieusement examiné, si ce mode d'exploration n'a pas été mis en pratique.

C'est ici le lieu d'insister sur un fait qui nous a paru remarquablement fréquent dans nos observations. Il est connu que certains rétrécissements se prêtent mal à la dilatation, ou même au cathétérisme. Ils saignent au moindre contact. Leur surface s'enflamme, bourgeonne, devient molle et vasculaire. Il faut attendre plusieurs jours pour passer la bougie qui a pénétré sans difficulté, lors du dernier cathétérisme. Cet état inflammatoire se traduit par un écoulement purulent provenant de l'urétrite localisée en arrière de la coarctation.

Ces caractères se retrouvent chez plusieurs de nos malades et nous nous croyons autorisé à conclure que les rétrécissements chez les prostatiques sont souvent des rétrécissements enflammés.

Le plus grand nombre de nos observations se terminant par la mort, il serait oiseux de faire remarquer la gravité du pronostic. Cette gravité s'explique fort bien. Ces malades arrivés à un âge avancé avec des rétrécissements anciens, peuvent être classés dans la catégorie des *vieux uropathes*, et comme tels, il y a longtemps que les désordres pathologiques ne sont plus bornés à l'urètre. Les lésions se sont étendues à l'arbre urinaire tout entier. La vessie, les uretères, le bassin, le rein lui-même est atteint. Quand la prostate vient ajouter son contingent de dangers à ceux qui existent déjà, il en faut bien peu pour amener une issue fatale. L'apparition de l'hypertrophie prostatique est, nous l'avons vu, le signal de la rétention. La stagnation vésicale se produit dans des organes déjà malades, l'urine devient rapidement ammoniacale et la série des complications dues à l'inflammation de l'arbre urinaire ne tarde pas à se dérouler.

Ces graves symptômes, contre lesquels il ne serait pas trop de l'action de nos plus puissants moyens thérapeutiques, sont en partie soustraits à notre intervention par la nature des lésions qui les produisent.

Le rétrécissement, si facilement inflammable, est difficile à traiter par la dilatation, et ne peut être abordé qu'avec douceur. La présence d'une tumeur prostatique rend difficile et dangereuse l'introduction des instruments droits et quelquefois rigides (uréthrotomes) employés contre les rétrécissements.

D'autre part, pour éviter les dangers créés par la rétention d'origine prostatique, l'évacuation régulière et méthodique, les lavages de la vessie seraient nécessaires. Mais comment les exécuter avec un urètre rétréci et enflammé qui ne laisse passer que des instruments d'un diamètre restreint?

Les rétrécissements et l'hypertrophie prostatique réunis sur le même individu, additionnent leurs dangers en même temps que leurs symptômes.

CHAPITRE IV

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. — ÉTUDE DE L'INFLUENCE EXERCÉE PAR L'HYPERTROPHIE SUR LE RÉTRÉCISSEMENT

D'après tout ce qui précède, il nous semble permis d'établir que toutes les fois que chez un sujet, porteur d'un ou plusieurs rétrécissements, il survient un obstacle nouveau et plus profondément situé, siégeant, en un mot, en arrière de la coarctation primitive, les phénomènes pathologiques s'aggravent dans des proportions qui ont frappé tous les observateurs.

Home et Civiale, ainsi que nous l'avons fait remarquer dans nos considérations historiques, avaient très nettement établi cette aggravation et les observations que nous avons données plus haut confirment de tous points cette manière de voir.

Le rétrécissement peut quelquefois n'être qu'à peine accusé et laisser au malade une certaine liberté relative du canal; mais qu'un obstacle survienne au col de la vessie et les accidents qui se montrent alors acquièrent une importance pathologique considérable.

Cet obstacle est généralement, nous l'avons dit, une hypertrophie de la prostate ; mais il peut être constitué par une cause différente, telle qu'une valvule du col vésical et provoquer des accidents non moins funestes, ainsi que le prouve la très intéressante observation suivante que nous trouvons dans les bulletins de la Société anatomique :

RÉTRÉCISSEMENT DE L'URÈTRE. — VALVULE DU COL VÉSICAL. — RÉTENTION D'URINE. — DISTENSION DE LA VESSIE AVEC HYPERTROPHIE DE LA TUNIQUE MUSCULEUSE ET FORMATION DE CELLULES SPACIEUSES ; par M. Paul Segond, prosecteur à la Faculté.

Luard, Auguste, quarante-sept ans, chapelier, est entré à l'hôpital Necker, dans le service de M. le professeur Guyon, salle Saint-Vincent, n° 12, le 22 novembre 1879, avec tous les symptômes d'une « rétention d'urine avec distension ».

La vessie, fortement distendue, remontait jusqu'à l'ombilic, l'urine, très fétide, s'écoulait par regorgement ; l'état général était grave, en un mot, le malade offrait tous les caractères d'un cachectique urinaire. Le visage, très amaigri, présentait une coloration terreuse, la peau était chaude et sèche, le pouls, filiforme, dépressible, difficile à sentir, battait 140 fois par minute, la température axillaire montait à 39°,6, la langue était sèche et brunâtre. Le rythme respiratoire paraissait normal. Il n'y avait pas de vomissements. Les garde-robes faisaient défaut depuis plusieurs jours. L'anorexie était complète et la soif très vive. Il n'y avait aucun symptôme, du côté des membres inférieurs, permettant de songer à une lésion médullaire. Enfin, l'intelligence paraissait à peu près conservée. Il n'y avait ni délire, ni convulsions.

Les réponses étaient cependant lentes, confuses et difficiles à obtenir, si bien que la marche exacte de la maladie et la succession précise des symptômes nous ont en grande partie échappé.

Au dire du malade, les antécédents pathologiques étaient seulement constitués par une chaude-pisse contractée il y a vingt ans. L'écoulement, non traité, avait cédé au bout de cinq à six mois, et, depuis, le malade s'était toujours bien porté. Les premières difficultés de la miction dataient de deux ans, et les phénomènes de rétention avec miction par regorgement remontaient à cinq ou six mois seulement. Depuis quatre mois environ, tout travail était devenu impossible, et le malade était resté couché, sans soins, au milieu de conditions hygiéniques déplorables.

L'examen direct des organes génito-urinaires nous a fourni les renseignements suivants : La vessie, très distendue, remontait jusqu'à l'ombilic, le ventre était souple et la palpation abdominale n'éveillait aucune douleur. Les dimensions et la consistance de la prostate étaient parfaitement normales. Le toucher rectal ne faisait percevoir autre chose que la saillie fluctuante formée par la vessie distendue et permettait de penser à une dilatation considérable du bas fond vésical.

L'exploration de l'urètre démontrait l'existence d'un rétrécissement bulbaire assez dur, mais peu serré, et laissant passer l'explorateur n° 12. En retirant cet explorateur on ramenait une assez grande quantité de pus de la région prostatique. Il existait en outre quelques points faiblement rétrécis dans la portion pénienne. L'explorateur n° 20 était arrêté en arrière de la fosse naviculaire. Le n° 17 passait et laissait percevoir trois ressauts péniers avant d'aller butter contre le rétrécissement bulbaire.

Enfin, l'examen du thorax ne révélait aucune altération importante du côté du cœur et des poumons.

En présence de ces différents signes, il était rationnel de considérer le rétrécissement urétral comme la cause première de la distention vésicale et des conséquences graves qu'elle avait à son tour entraînées.

Je pus, avec une sonde n° 12, retirer un litre d'urine trouble, fétide, purulente, alcaline, et pratiquer un lavage de la vessie avec une solution à 4 0/0 d'acide borique. On évacua les scybales qui encombraient le rectum, à l'aide d'un lavement glycérimé, et l'on tenta de relever les forces du malade à l'aide d'une potion au quinquina. Les

lavages de la vessie furent continués le lendemain, mais sans résultat. Dans la soirée du 23, il y avait une aggravation considérable de tous les symptômes ; la température axillaire montait à 40,5, le pouls, filiforme et rapide (150 pulsations), présentait de fréquentes intermittences.

Le malade est mort le 24 à quatre heures du matin.

L'autopsie a été faite le 25, à huit heures du matin, vingt-huit heures après la mort. — Nous n'avons trouvé aucune altération de la moelle et du cerveau. Le renflement lombaire de la moelle a même été soumis à l'examen microscopique, et mon collègue, M. Brissaud, a constaté qu'il était indemne de toute lésion ancienne.

Le tube digestif, examiné dans toute son étendue, n'offrait aucune espèce d'altération. La rate était petite, non diffuse, le cœur et le foie étaient absolument sains.

La base des deux poumons était congestionnée. Nous avons trouvé les traces d'une pleurésie ancienne à la base du poumon droit, mais, en définitive, il n'existait, du côté des organes thoraciques aucune, lésion susceptible d'expliquer la mort.

Chez ce malade, toutes les lésions étaient localisées à l'appareil urinaire et nous pourrions même dire qu'elles étaient exclusivement vésicales, ainsi qu'on peut le voir sur les pièces que nous avons l'honneur de soumettre à l'attention de la Société.

L'urètre, incisé par sa face supérieure, ne présente pas trace appréciable des points rétrécis que l'exploration faite pendant la vie avait dénotés dans la portion pénienne du canal. C'est là, d'ailleurs, un fait bien connu dans l'histoire anatomo-pathologique des rétrécissements de l'urètre.

La coarctation bulbaire est en revanche parfaitement nette. Elle mesure un centimètre de longueur. L'épaississement du tissu cellulaire sous-muqueux, au niveau du rétrécissement, est peu considérable mais facile à reconnaître. La muqueuse urétrale est saine dans toute sa longueur ; il y a peu de dilatation du canal, en arrière du point rétréci. Enfin, au niveau du col vésical, de sa lèvre postérieure, il existe une sorte de bride transversale se présentant sous la forme d'une crête mousse épaisse de trois millimètres, transver-

sale après incision de l'urètre, offrant en un mot tous les caractères de la valvule de Mercier. La prostate est saine.

La vessie examinée pleine d'urine avant incision de sa paroi, se présente sous la forme d'une tumeur ovoïde, ne mesurant pas moins de vingt-huit centimètres de hauteur. Le tissu cellulaire péri-vésical est parfaitement souple et n'offre aucune trace de ces lésions inflammatoires chroniques, qui peuvent, dans certains cas, empeser pour ainsi dire les parois vésicales et les immobiliser. Les fibres musculaires superficielles sont pâles, mais très hypertrophiées. Immédiatement en arrière de la prostate, se voit une saillie globuleuse grosse comme une orange et simulant un agrandissement du bas fond. Mais, si l'on vient à déprimer les parois de cette partie dilatée, on constate facilement par la lenteur que met le liquide à fuir sous la pression, qu'il s'agit là d'une vaste cellule vésicale et non d'une dilatation du bas fond ainsi que les renseignements fournis par le toucher rectal avaient permis de le supposer. Au-dessus de cette cellule, on voit trois bosselures à parois minces correspondant à trois cellules présentant environ le volume d'une noix. La capacité de la vessie peut être évaluée à deux litres et demi environ. Sa paroi incisée présente une épaisseur moyenne de un centimètre. Au voisinage de la prostate, l'épaisseur est plus marquée et s'élève à douze ou quatorze millimètres. Ce fait de l'épaisseur des parois est important à noter, et doit être opposé à l'amincissement que Civiale voulait ériger en principe dans les cas de stagnation. La face interne de la vessie, à peu près lisse et régulière dans sa partie supérieure, est remarquable, vers le segment inférieur de l'organe, par l'hypertrophie des fibres musculaires de la couche profonde, qui font saillie sur la muqueuse et dessinent des colonnes diversement entrecroisées. Au niveau de ces entrecroisements, il existe de petites dépressions capables de loger un gros pois et tapissées par la muqueuse. Ce sont en définitive de véritables hernies interstitielles de la muqueuse s'insinuant entre deux faisceaux charnus hypertrophiés, et chacune de ces petites vésicules montre bien ce qu'est la cellule vésicale à sa première période de formation. On en compte plus de cinquante au niveau du bas fond vésical. A cinq centimètres en arrière du col, et un peu à gauche de la ligne médiane, se voit un orifice admettant

facilement l'index et conduisant dans l'intérieur de la grande cellule dont nous avons signalé l'existence en arrière de la prostate. Les parois de cette cellule, très amincies, mesurent à peine quatre millimètres d'épaisseur et paraissent constituées par la muqueuse herniée et quelques rares fibres musculaires de la couche externe. Au-dessus de l'orifice de la grande cellule, se voient trois orifices plus petits admettant seulement l'extrémité du petit doigt, et conduisant dans les trois petites cellules dont nous avons parlé. Ces quatre cellules sont parfaitement indépendantes les unes des autres. Les parois de ces petites cellules sont d'une minceur extrême et mesurent à peine deux millimètres d'épaisseur. Les dimensions de l'orifice vésical des deux uretères sont normales. La muqueuse vésicale est partout pâle et décolorée et paraît indemne de toute lésion profonde. Il existe cependant un état rugueux très manifeste au niveau du trigone. Enfin, dans l'intérieur de la grande cellule, les altérations paraissent plus profondes. La muqueuse y est injectée manifestement, dépolie, et l'urine qui stagne dans sa cavité est fortement chargée de pus.

Les uretères sont relativement peu dilatés, ils ont un centimètre de diamètre dans leur partie moyenne; leurs parois ne sont pas épaissies et leur muqueuse est saine. Les bassinets, modérément dilatés, ont le volume d'un petit œuf de poule et n'offrent pas trace de lésion inflammatoire.

Les deux reins sont normaux au triple point de vue du volume, de la consistance et de la coloration. Leur capsule n'offre ni épaissement, ni adhérence. Les calices sont légèrement dilatés. A la coupe, les deux substances corticales et médullaires paraissent exemptes de toute altération, et bien que l'examen histologique nous fasse défaut, nous nous croyons en droit d'avancer que, chez ce malade, il n'existe pas de rétrécissement rénal.

Cette observation nous paraît intéressante à plusieurs titres. Une pareille distention du globe vésical, rare chez les rétrécis, est certainement exceptionnelle lorsque la coarctation urétrale est aussi peu accusée et laisse, comme chez ce malade, quatre millimètres de diamètre au canal. Il est vrai qu'ici, le rétrécissement n'était pas seul en cause, la valvule du col a joué, elle aussi, un rôle impor-

tant dans la production première des phénomènes de rétention. Mais, en définitive, la disproportion entre l'énergie de l'obstacle et le degré de la distention n'est pas moins manifeste. Ce fait montre bien, comme le dit souvent M. Guyon, que l'on pisse bien plus avec sa vessie qu'avec son canal. Chez ce malade, l'hypertrophie compensatrice avait pu lutter au début contre les obstacles urétraux, mais bientôt le muscle vésical s'était pour ainsi dire laissé forcer et dès lors la rétention avec distention s'était constituée.

L'absence de tout retentissement manifeste du côté des reins, les caractères de l'urine contenue dans la vessie, les altérations de la muqueuse au niveau de la cellule sont enfin des points qui méritent d'être notés, et qui permettent d'attribuer la mort à la résorption urinaire. Nous relèverons à ce propos l'élévation constante de la température pendant les deux derniers jours de la vie. Cette élévation thermique est, on le sait, fréquente dans les cas de stagnation et de résorption urinaire par la muqueuse vésicale altérée.

Nous n'ajouterons à cette observation que quelques réflexions : Elle nous a paru confirmer nos conclusions et bien que l'obstacle survenu à la suite du rétrécissement ne soit pas la lésion que nous avons le plus souvent notée jusqu'ici, c'est-à-dire l'hypertrophie, il n'en est pas moins vrai que cet obstacle a entraîné des conséquences pathologiques que la bénignité relative du rétrécissement antérieur n'aurait pas fait soupçonner.

Il faut se garder d'accorder aux considérations purement mécaniques une trop grande importance dans la pathogénie des complications qui surviennent dans tous les cas observés ; l'élément inflammatoire joue à notre avis un rôle plus important encore et les phénomènes d'inflammation, si redoutables à tous égards, sont dus en grande partie à l'altération de l'urine autant qu'à la plus grande vascularisation amenée dans le rétrécissement par l'obstacle qu'apporte à la circulation la

présence de l'hypertrophie prostatique. Ce sont là, du moins, les conclusions qui nous semblaient devoir être logiquement déduites de l'observation et de la discussion des faits, et il nous semble difficile d'admettre qu'au contraire une hypertrophie prostatique survenant chez un sujet rétréci, améliore les conditions du rétrécissement et, bien plus, le fasse disparaître. Cette thèse inattendue mérite, croyons-nous, de nous arrêter assez longuement; sa discussion nous permettra, du reste, d'établir plus nettement la physiologie pathologique de la complication qui fait l'objet de notre travail.

L'opinion qu'un rétrécissement peut être guéri par une hypertrophie de la prostate a été soutenue par M. le Dr Félix Bron, dans la séance du 12 avril 1883, de la Société de médecine de Lyon et reproduite dans le n° du 13 mai suivant du *Lyon-Médical*.

Dans son travail, M. le Dr Bron appuie son opinion sur des idées spéculatives suggérées par la réflexion et sur des faits.

Examinons d'abord les idées spéculatives; elles peuvent se résumer ainsi :

« Quand il existe plusieurs rétrécissements dans un canal, le plus profond est le plus étroit parceque, constamment irrité par le passage de l'urine, il est soumis sans cesse à des causes d'aggravation; ceux qui le précèdent sont protégés par lui, puisqu'il prend pour son compte la plus grande partie de la peine. »

« Qu'il survienne une tumeur de la prostate, le rétrécissement n'est plus qu'à la deuxième place; la rétention d'urine, d'origine prostatique, lui laisse un repos relatif

et lui restitue le service qu'il rendait auparavant aux rétrécissements situés au-dessous de lui. »

Qu'on nous permette une première objection : n'y a-t-il, en réalité, que la pression de l'urine sur un rétrécissement qui soit cause de son accroissement et de sa persistance ?

Les poussées inflammatoires répétées ne jouent-elles pas, à cet égard, un rôle de la plus haute importance ?

En arrière de la coarctation, il se produit fatalement une dilatation dans laquelle l'urine s'accumule. Très souvent cette urine a subi une altération plus ou moins considérable; elle sera d'autant plus altérée que la stagnation aura été plus longue dans le réservoir urinaire. Or, il nous paraît, qu'une hypertrophie de la prostate ne peut qu'accroître cet inconvénient.

Dans toutes les lésions du système urinaire, nous ne saurions trop le répéter, l'élément inflammatoire est autrement influent que l'élément purement mécanique.

Si nous nous bornons à considérer ces phénomènes mécaniques, nous est-il plus facile d'admettre les théories émises par M. le docteur Bron ?

Tout d'abord, l'action de l'urine sur le point rétréci est-elle bien telle qu'il se l'imagine ? Pouvons-nous dire avec lui qu'au niveau du rétrécissement la vitesse est accélérée et que le frottement est plus fort et la poussée du liquide plus grande ?

Nous ne savons où les physiciens ont fixé les lois de l'écoulement des liquides dans les tubes à élasticité et à diamètre variables, et c'est aux conduits de ce genre

qu'appartient l'urètre physiologique et à plus forte raison l'urètre rétréci; nous n'avons, pour notre part, trouvé nulle trace de ces recherches.

En nous contentant, comme le fait M. le docteur Bron, de comparer le canal aux tubes rigides de calibre variable, nous constatons d'abord que les lois physiques ne nous permettent pas d'adopter son interprétation.

En effet, quand un liquide, évoluant dans un tube, passe d'un point dilaté dans une portion plus étroite, la vitesse de l'écoulement augmente dans le point rétréci, mais la pression *latérale diminue en raison inverse*. Aussi se forme-t-il toujours une dilatation, là où la pression est au maximum, c'est-à-dire en arrière du rétrécissement.

Nous ne pourrions pas non plus donner grande attention à l'argument tiré de ce que certains rétrécissements infranchissables se laissent assez facilement pénétrer, quand pendant quelques jours on a pratiqué des ponctions vésicales qui les ont délivrés de la pression produite par le passage de l'urine.

La question est trop complexe. Il faut tenir grand compte de l'état inflammatoire du rétrécissement, que des causes très diverses ont pu amener. Le malade a-t-il été déjà soumis à des tentatives de cathétérismes plus ou moins habiles et prudentes? Le temps seul ne peut-il pas amener cette amélioration dont vous attribuez les honneurs à la ponction? Nous n'en comprenons pas le rôle de la même manière. De ce que le malade voit son rétrécissement s'amender après avoir subi cette opération pendant quelques jours, a-t-on le droit d'en inférer que la ponction a modifié directement le rétré-

cissement. Pour nous, nous dirons : Voilà un rétrécissement que nous ne pouvons pas franchir aujourd'hui ; nous renouvellerons plus tard nos tentatives ; mais en attendant il faut donner issue à l'urine, seule la ponction nous en fournit les moyens. Puis, quand, un jour nous aurons réussi à pratiquer le cathétérisme, nous considérerons qu'en pratiquant une fois la ponction par jour, deux fois si l'on veut, nous n'avons pas diminué l'action de l'urine sur le rétrécissement, que très certainement le malade a fait de nombreuses tentatives pour uriner spontanément, et qu'enfin, s'il n'y est pas arrivé, la partie antérieure du rétrécissement dans laquelle nous ne pouvons engager une bougie n'a jamais dû être beaucoup impressionnée par le frottement d'une urine qui n'y passait pas ; ce qui, cependant, effraye M. Bron, outre mesure.

Je crois au contraire que le passage de l'urine sur le point rétréci est extrêmement utile pour entretenir la perméabilité du canal, c'est un procédé de dilatation physiologique de la plus grande efficacité. Un fait de la physiologie pathologique des rétrécissements, plaide en faveur de cette opinion. Dans sa longue pratique, Voillemier n'avait trouvé que *six* cas d'obstruction complète du canal par un rétrécissement. Dans ces six cas des fistules donnaient passage à la totalité de l'urine, et le canal ne s'était fermé que lorsque le liquide chassé par la vessie, trouvant une voie plus facile, avait cessé de dilater le point malade.

En adoptant les vues de M. Bron, on devrait être étonné que ces rétrécissements n'aient pas guéri, puisque les fistules les exonérant de toute pression de la

part de l'urine, remplissaient avantageusement le rôle tutélaire, dont il gratifie l'hypertrophie de la prostate.

Les faits sur lesquels s'appuie M. Bron, vont à leur tour nous arrêter un moment.

Les observations citées sont au nombre de quatre ; les voici résumées en quelques lignes :

OBSERVATION I

M. F..., quai Fulchiron, est vu en 1863 pour la première fois par M. Bron ; il avait été traité par Gensoul, et après lui par Bonnet, qui avaient constaté un rétrécissement. Gensoul avait commencé la dilatation. Bonnet la continua et la porta jusqu'au n° 12 de la filière Charrière.

Après la mort de ce dernier chirurgien, le malade avait négligé de se sonder ; appelé auprès de lui en février 1863, M. Bron l'examina et fut étonné de ne plus sentir de rétrécissement ; la sonde 22 passait très bien.

La cause de la dysurie, n'existant donc plus dans le canal, devait être cherchée ailleurs ; M. Bron la trouva dans une hypertrophie des granulations sus-montanales de la prostate.

OBSERVATION II

M. L..., ancien client de M. Bottex, qui l'avait traité pour un rétrécissement, s'adresse à M. Bron en 1857. Grande difficulté dans la miction : la dilatation commencée avec les n°s 4, 5 ou 6, ne permet pas, au bout de trois semaines, d'aller au-delà du n° 12. Le malade se contente de ce résultat. De 1862 à 1869, chaque fois que son jet diminuait trop, il s'adressait au médecin.

En 1869, M. Bron constata un rétrécissement à environ 9 à 11 centimètres de profondeur.

Jusqu'en 1875, plus d'intervention, mais au mois d'octobre de cette année il est pris d'une telle dysurie, qu'il fait appeler M. Bron.

Grande difficulté de cathétérisme, reprise de la dilatation qui, cette fois, grâce à une plus grande soumission du malade, peut être poussée jusqu'au n° 19.

En 1882, rétention complète. M. Bron, appelé, s'attendait à des difficultés extrêmes, et quel ne fut pas son étonnement quand il put, sans peine, introduire dans le canal une sonde olivaire d'assez gros calibre; la rétention n'était donc plus due au rétrécissement, mais à une hypertrophie du lobe moyen de la prostate.

M. Bron conclut de ce fait que la disparition du rétrécissement est due à la présence de cette hypertrophie prostatique.

OBSERVATION III.

M. G. (d'Annonay), est adressé en 1865 à M. Bron par M. Barrier, qui le traitait depuis longtemps; un rétrécissement situé à 12 cent. de profondeur, avait été traité déjà par la dilatation commencée par M. Barrier. M. Bron continue ce traitement, mais il ne note pas jusqu'à quel point il le pousse.

En 1880, ce malade revient pour une diminution de son jet d'urine.

M. Bron commence par introduire une petite sonde croyant toujours au rétrécissement, mais il ne tarde pas à s'apercevoir que la bougie à boule n° 18, pouvait passer sans secousse. La bougie de Mercier, introduite le lendemain, est arrêtée au niveau de la prostate qui était hypertrophiée : mais le rétrécissement n'existait plus.

OBSERVATION IV.

M. B., est adressé à M. Bron en 1865 par M. Potton qui l'avait soigné auparavant.

Rétrécissement à 12 centim. du méat, traité par la dilatation jusqu'au n° 15.

En 1868, on recommença le traitement. M. Bron n'a pas noté les numéros introduits ; mais ils n'étaient pas élevés, dit-il, car au mois de décembre de cette année 1868, ayant eu à sonder ce malade, le n° 11 seul a pu passer.

En 1872, appelé auprès de ce malade, M. Bron peut introduire sans peine une sonde Mayor.

« Je n'ai pas noté, ajoute M. Bron, d'autres particularités sur ce malade.

Ces observations nous convaincront-elles plus facilement ? Constatons d'abord qu'elles ne semblent être que des réminiscences, l'auteur l'avoue : « Voilà (p. 42) « quatre faits avérés, à défaut d'observations méthodiques prises au jour le jour, qu'il eut été dans la cir- « constance, à vingt-cinq ans de distance, impossible « de recueillir ». Constatons encore que dans ces quatre observations, nous ne trouvons aucune mention de l'âge des malades, question importante quand il s'agit de lésions prostatiques, que chez aucun des quatre le toucher rectal n'a été pratiqué, que les causes, le nombre, le siège des rétrécissements, ne sont nulle part ou insuffisamment indiqués.

Obs. I. — Ce malade, dit M. Bron, a été traité par Gensoul et Bonnet. Il est impossible d'avoir un renseignement plus précis. En 1858, on passait le n° 15 de la filière de Charrière. En 1863, M. Bron voit le même malade, constate que le rétrécissement n'existe plus, mais qu'il existe « une hypertrophie » des granulations susmontanales de « la prostate, qui faisaient saillie du côté de la cavité ». Conclusion de l'auteur : l'hypertrophie de la prostate a fait disparaître le rétrécissement. J'avoue que pour mon compte j'aime mieux en reporter

la cause aux cathétérismes pratiqués par Bonnet. En 1858, Bonnet passe le n° 15, en 1863, M. Bron arrive au n° 21, les deux millimètres ne sont donc pas le résultat de l'action prostatique.

Les mêmes objections peuvent s'adresser à l'observation II.

En 1857, première série de dilatation durant trois semaines et allant jusqu'au n° 12.

« En 1862, 1864, 67 et 69, chaque fois que son jet diminuait trop, je l'ai encore sondé » on arrive au n° 14.

En 1875 on arrive jusqu'au n° 19.

En 1882, l'auteur lui trouve une hypertrophie du lobe moyen de la prostate, et peut passer des sondes de gros calibre, il n'y a plus de rétrécissement.

« A l'explication que je viens de donner de la disparition du rétrécissement, ajoute M. Bron, on ne manquera pas de dire qu'il n'a pas guéri tout seul, mais bien par la dilatation. » La réflexion est judicieuse et sur ce point tout le monde sera de l'avis de M. Bron. Il est fâcheux qu'il ajoute : « Il n'est pas possible de dire au juste ce qu'il en revient à ce traitement, mais la dilatation a été mise en usage bien des fois, et on a vu son peu de succès. Pourquoi la sixième fois aurait-elle mieux réussi que les cinq premières ? Parce qu'elle a été poussée plus loin ? Ça peut y être pour quelque chose, c'est possible ; mais c'eût été insuffisant, si elle n'eût coïncidé avec le moment où la prostate est devenue prépondérante. » Mais qu'en sait l'auteur ? Il ne guérit donc jamais un rétrécissement par la dilatation ? Mais jamais son malade n'avait été traité sérieusement avant la dernière reprise ? Trouve-t-on dans

cette phrase : « En 1862, 1864, 1867, 1869, chaque fois
« que son jet d'urine diminuait trop, je l'ai encore
« sondé », les caractères d'une dilatation méthodique ?
Peut-on dire après cela qu'il y a eu cinq récidives ? Non,
ce malade cessait l'intervention dès qu'il pouvait uriner
tant bien que mal, cela est avoué implicitement par
M. Bron, qui nous a dit : « et plus soumis par l'ennui
« des récidives, le malade m'a permis cette fois de le
« pousser progressivement jusqu'au n° 19 de la filière. »

Je ne m'arrête pas à cette assertion que le n° 19, qui
est un calibre moyen, ne pourrait constituer une dilata-
tion suffisante. Combien y a-t-il de cas où ce diamètre
de 6 millimètres et quart donné au canal est le maximum
auquel on puisse atteindre.

L'*Observation III* est encore plus incomplète. Le
malade est vu en 1865. « La bougie à boule, n° 9,
« passait avec secousse à 12 centimètres de profondeur.
« Je continuai près de deux mois (octobre et novembre)
« la dilatation commencée par M. Barrier. *Je ne trouve*
« *pas noté jusqu'à quel point je l'ai poussée.* » Ce simple
aveu enlève toute valeur à ce fait. Que nous importe, en
effet, qu'en 1880, quinze ans après, le malade ait une
hypertrophie prostatique et que le canal admette une
bougie n° 18 ? Est-il bien sûr qu'elle ne passait pas
quinze ans avant ?

C'est M. Bron et non la prostate que nous féliciterons
de la cure de ce rétrécissement.

Nous ne nous arrêterons pas davantage à l'*obser-
vation IV*.

M. Bron ne donne même pas l'explication de la
facilité avec laquelle il a pu introduire la sonde de

Mayor; l'hypertrophie de la prostate est passée sous silence et l'auteur ajoute : Je n'ai pas noté d'autres particularités sur ce malade.

Quant aux déductions thérapeutiques que M. Bron a cru devoir tirer de cette discussion, nous ne les croyons pas plus fondées que le raisonnement qui les précède.

Nous sommes d'accord avec lui sur les ménagements qu'il faut avoir avec un canal presque toujours enflammé, mais nous pensons qu'il vaut mieux confier au chirurgien une intervention que M. Bron attribue un peu trop exclusivement à la prostate.

CHAPITRE V.

CONSIDÉRATIONS THÉRAPEUTIQUES

En présence de l'état particulier que crée à un malade atteint de rétrécissement l'apparition d'une hypertrophie prostatique et des complications redoutables que cet obstacle nouveau menace de faire surgir, on comprend que le chirurgien a le devoir d'intervenir au plus tôt. Mais quelle conduite devra-t-il tenir ? à laquelle des deux affections s'adressera-t-il de préférence ? Contre l'hypertrophie il est presque désarmé. Comment en effet atteindra-t-il la glande quand le passage d'instruments de calibre quelquefois très réduit lui est interdit à travers le canal par les rétrécissements et surtout par l'état dans lequel se trouvent ces rétrécissements ? — Avant toute chose donc il faut modifier, si faire se peut, l'état de ces rétrécissements, et avant de songer à une opération plus grave, essayer de la dilatation progressive, lentement et très prudemment pratiquée.

Cette dilatation doit être faite progressivement d'avant en arrière, en n'avançant, avec précaution et douceur, que de quelques millimètres à chaque séance. Les séances ne doivent jamais dépasser demi-heure ; c'est

même un terme extrême qu'il vaut mieux ne pas atteindre. Quant au nombre de ces séances, c'est au chirurgien à le fixer d'après l'état des rétrécissements et la santé générale du sujet. Il faut s'attacher à gagner lentement sur le terrain conquis dans la séance précédente en laissant une sonde plus fine, mais un peu plus profondément placée. S'il survient un accès de fièvre, si les hémorrhagies provoquées par les manœuvres de dilatation se montrent trop abondantes, il vaut mieux ne pas insister. Dans le cas où une déplétion de la vessie serait urgente et ne pourrait être obtenue par le cathétérisme, ne pas hésiter à ponctionner l'organe au-dessus des pubis. Nous croyons en effet avec Thompson, que la méthode expectante dans une rétention causée par l'hypertrophie de la prostate est passible d'objections sérieuses. On ne doit jamais perdre de vue la vessie et, si on laisse l'organe pendant un jour ou deux dans une distension excessive, il est à craindre qu'il ne recouvre jamais entièrement son pouvoir contractile.

« La vessie d'un vieillard, quand elle a été forcée par une longue rétention, ne se contracte en général jamais plus. » (1)

Mais, il ne faut pas se le dissimuler, dans la plupart des cas, le procédé de la dilatation ne peut pas être employé ou du moins ne donne-t-il que des résultats très incomplets. Il est alors de toute nécessité de recourir à l'urétrotomie interne et nous sommes même autorisé à

(1) *Thompson. Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires.*

dire que c'est, dans la majorité des cas, l'indication unique.

Est-ce à dire que contre l'hypertrophie nous devons négliger le traitement général que cette affection réclame. Certainement non. Il faut, du reste, avoir toujours présente à l'esprit cette idée que la cystite se trouve presque toujours associée, à des degrés différents, à la plupart des maladies des organes urinaires et que la sollicitude du praticien doit être éveillée sur ce point.

Il faut *prévenir les congestions locales* et, dans ce but, recommander au malade d'éviter toute espèce de refroidissement de la région pelvienne.

Qu'il se couvre convenablement, qu'il évite de s'asseoir sur un siège humide et froid. Il est important de le mettre en garde contre toute excitation trop forte, sexuelle ou autre, les voyages trop longs, tout ce qui, en un mot, peut congestionner les organes contenus dans le petit bassin et retentir sur l'état des voies urinaires, surtout sur la prostate.

Nous avons vu, d'un autre côté, que très souvent la constipation était habituelle chez quelques uns de nos malades et cet état devient, en cas d'hyperthrophie prostatique, plus qu'une gêne, mais une complication véritable, la présence des scybales dans le rectum entraîne de la congestion dans la région pelvienne et un grand malaise pour le malade. *Il faut donc régulariser les fonctions de l'intestin.*

Il va sans dire que l'état général devra être surveillé avec soin et que, s'il y a lieu, les toniques et les reconstituants divers doivent être prescrits.

CONCLUSIONS

I. — L'hypertrophie prostatique survenant chez un malade atteint de rétrécissements aggrave le pronostic du rétrécissement.

II. — Le rétrécissement augmente de volume : la circulation, rendue plus difficile par la présence d'une tumeur dans le petit bassin, le rend plus vasculaire.

III. — Le cathétérisme produit plus vite de l'inflammation et des hémorrhagies sur les rétrécissements dans ces conditions, et n'en favorise pas autant la résorption.

IV. — L'urine projetée avec moins de vigueur stagne davantage en arrière de la coarctation et augmente encore les chances d'inflammation.

V. — Il est moins facile d'user des instruments appropriés : l'hypertrophie prostatique et les rétrécissements les réclamant d'une façon absolument contraire.

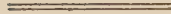
VI. — La présence de l'hypertrophie prostatique est une indication de l'urétrotomie interne.

VII. — Plus un sujet rétréci avance en âge et plus on doit l'engager à faire traiter immédiatement et complètement son rétrécissement.

VU BON A IMPRIMER,
Le Président de thèse,
ROLLET.

VU : LE DOYEN,
LORTET.

PERMIS D'IMPRIMER,
Le Recteur,
CHARLES.



QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

Anatomie générale et histologie. — Tissu conjonctif et ses variétés.

Physiologie. — Phénomènes chimiques de la respiration.
— Évaporation pulmonaire.

Physique. — Propriétés physiques des muscles et mécanique des organes de la locomotion.

Chimie. — De l'urée. — Composition. — Synthèse. — Propriétés. — Dosage dans l'urine.

Zoologie et anatomie comparée. — Spongiaires. — Organisation. — Propriétés.

Matière médicale et Botanique. — Décrire les diverses sortes de salsepareilles. — Structure et fonctions des racines.

Pathologie externe. — Des tumeurs irritables et des tumeurs douloureuses.

Pathologie interne. — Des angines.

Thérapeutique. — Du mercure.

Hygiène. — De l'asphyxie par le froid.

Accouchements. — Rétroversion de l'utérus pendant la grossesse.

Pathologie générale. — Définition de l'espèce morbide.

Ophthalmologie. — Existe-t-il un centre des mouvements de l'œil ? Où est-il placé ?

Médecine opératoire. — De la ligature des artères.

Anatomie. — Des aponévroses du cou.

Maladies cutanées et syphilitiques. — Du chancre infectant.

Anatomie pathologique. — Des ulcérations en général.

Médecine légale. — Des signes de la macération du fœtus dans l'utérus.

Médecine expérimentale et comparée. — Du mode de production de la pustule maligne.

Cliniques médicales. — Des complications pulmonaires de la fièvre typhoïde. — Diagnostic et traitement de l'asystolie.

Cliniques chirurgicales. — Des pseudarthroses et des diverses causes qui s'opposent à la formation du cal. Des fractures de la colonne vertébrale.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.	PAGE 5
CHAPITRE I.	9
Historique	9
CHAP. II.	13
Observations cliniques.	13
CHAP. III.	36
Symptômes et diagnostic.	36
CHAP. IV.	37
Physiologie pathologique. — Étude de l'influence exercée par l'hypertrophie sur le rétré- cissement.	37
CHAP. V.	54
CONCLUSIONS.	57
QUESTIONS sur les diverses branches des sciences médicales.	59
